

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 059840

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8042 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAHBOUB 17.10.1978
Date de naissance : 17.10.1978
Adresse : NOASSEUR
Tél. : 0663793041 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																	

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0061598		MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 0061598

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom HAH BOUB Moustafa			
Fonction	Phones		
Mail 0663 793041			
MEDECIN	Prénom du patient KRAOUAA		NAIMA
Adhèrent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	C	3000	
PHARMACIE	Date 27/07/2020		CACHET
Montant de la facture	150,70		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 13/08/2020	CACHET
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	
		4100,00	

Espace optique
 opticien agréé n° 57 N° 98
 Casablanca
 06.30.00.60.00 / 06.61.85.91.49

فضاء البصريات Espace Optique

Sidi Omar Bloc 57 N°98 CASABLANCA

Tél.: 06 3000 6000 / 06 6185 0749

سيدي عثمان بلوك 57 رقم 98 - الدار البيضاء

Facture

N°0000243

Date :

Client :

V.Loin

SPH

CYL

AXE

OD

OS

OD

OS

OD

OS

OD

OS

+0.75	-0.25	100°
+1.00	-0.50	65°

Pres

SPH / ADD

CYL

AXE

+3.50	-0.25	100°
+3.25	-0.50	65°

Prix

500,-

500,-

400,-

400,-

2300,-

1800,-

4100,-

Total

MONTURE

VERRES

MÉTAL

VL OR NR + OR BL

Arrête la présente facture à la somme de :

Quatre mille Cent dix dirhies

RC : 401396 - PATENTE : 37208888

IF : 14412518 - ICE : 000544034000083

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophthalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)

دكتور محمد سليم

Oxylal® + OXYD®
+ Protector
10 ml
2021-07
189

مرض وجراح

مجهريه للم
مسالك ا
شرايين بال
لاج بالليزر

6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

برنسية لطب وجراحة العيون
مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

RIMA PHARMA
PVC : 60,00

24/07/20

دكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب اختصاصي أمراض العيون
Ophthalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

دكتور بن يحيى محمد سليم
Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
طبيب اختصاصي أمراض العيون
Ophthalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

Pharmacie AL INSHANE
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21
Tél: 05 59 22 32 56

100 x 0,15 - 0,75

62 x 0,15 - 1,0

opatornel
oxylal
Espace optique
opticien optométriste
Boulevard Hassan II - Bloc 57
Casablanca
Tél: 0522 32 56 56

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد
Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

صيدلية الإحسان
Pharmacie AL IHSANE
Dr. Med. & Rés. de la Cure
Rue. Méd. N° 17, Belvédère
Tun. 20. N° 17, Belvédère
Tél: 05 22 52 65 79